

IDENTIFICACION DE TRASTORNOS FISICOS EN PACIENTES PSIQUIATRICOS: USO DEL EJE III DEL DSM-III

Javier E. Saavedra ⁽¹⁾, Hever Kruger ⁽²⁾, Abel Sagástegui ⁽³⁾,

Silvana Sarabia ⁽³⁾, Héctor Vidal ⁽³⁾

Se revisaron 443 historias clínicas psiquiátricas para determinar la frecuencia con la que los psiquiatras habían identificado trastornos físicos en el eje III del DSM-III en pacientes adultos y realizado un examen físico. Se buscó relacionar esta información con la clasificación psiquiátrica utilizada y con el uso de un enfoque diagnóstico multiaxial. Se encontró un diagnóstico físico en el eje III en 14% de los pacientes y un 40.2% fue examinado físicamente; además se halló una asociación entre estas variables y la clasificación utilizada y el uso de un enfoque multiaxial. Finalmente se comenta sobre la necesidad de mejorar la forma como el sistema de salud mental está manejando aspectos relacionados con los trastornos físicos.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos físicos - Trastornos mentales - Eje III - Diagnóstico Multiaxial*

PHYSICAL DISORDER IDENTIFICATION IN PSYCHIATRIC PATIENTS: UTILIZATION OF DSM-III AXIS III

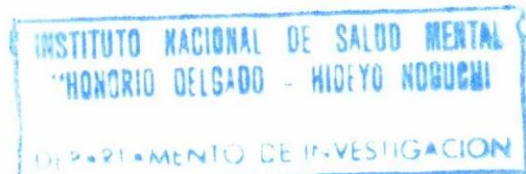
443 medical psychiatric charts were reviewed to determine the frequency with which psychiatrists formulated physical diagnoses in DSM-III Axis III in adult patients and conducted a physical exam. This data was then related to the psychiatric classification employed and the use of a multiaxial diagnosis approach. It was found that 14% of the patients received a physical diagnosis and that 40.2% underwent a physical exam; furthermore, it was found an association of these variables with the classification used and the utilization of a multiaxial approach. Finally the authors comment on the need to improve the way the mental health system is dealing with physical disorders matters.

KEY WORDS: *Physical disorders - Mental disorders - Axis III - Multiaxial Diagnosis*

¹ Jefe de Unidad de Evaluación y Diagnóstico, INSM HD-HN, Profesor Auxiliar, Universidad Peruana Cayetano Heredia

² Médico Asistente, Hospital Hipólito Unanue

³ Médico Asistente, INSM HD-HN



◆ INTRODUCCION

La asociación entre los trastornos físicos y los trastornos psiquiátricos viene siendo explorada desde hace muchos años. Después de haberse dado énfasis inicial a la presencia de trastornos mentales en pacientes con problemas físicos, la preocupación se volcó en el sentido inverso (1). Distintos estudios han reportado variadas tasas de frecuencia de trastornos físicos en pacientes psiquiátricos que van desde el 15% (2) hasta el 93% (3), con una media de alrededor del 50%. La variación ha estado determinada por el rigor de los procedimientos utilizados para detectar la enfermedades físicas, y por el tipo de institución en que se ha efectuado el estudio. Sin embargo, los estudios más serios determinan una prevalencia entre el 40% y el 50%. Se ha resaltado también que una gran proporción de estos casos no son detectados por el sistema de salud mental (4, 5, 6, 7, 8). Esto cobra mayor importancia cuando se ha establecido que en una proporción de aproximadamente 9%, la enfermedad física tiene una relación directa o indirecta con la enfermedad psiquiátrica (9); además se ha sugerido que los problemas médicos conocidos por el terapeuta y por el paciente tendrían una posibilidad dos veces mayor de ser adecuadamente atendidos que aquellos solamente conocidos por el paciente (3). También se ha resaltado la importancia del examen físico (10) frecuentemente obviado por los psiquiatras (11).

De lo indicado se deduce la importancia clínica de investigar cómo se están considerando los trastornos físicos en una institución psiquiátrica. El hecho que la Asociación Psiquiátrica Americana (12) haya incluido un eje específico de trastornos físicos en una formulación diagnóstica psiquiátrica, es un indicador de ello; y recientemente la OMS, a

través del CIE-10, está dando algunos pasos para incluir o resaltar de alguna forma éstos diagnósticos (13). El presente estudio busca determinar, cómo se están identificando los trastornos físicos en una institución psiquiátrica, a través de algunos indicadores indirectos, como la frecuencia con que éstos son identificados en la formulación diagnóstica, la realización de examen físico, la frecuencia de solicitud de exámenes de laboratorio. Además se ha tratado de determinar el posible impacto de incluir un sistema multiaxial sobre las variables mencionadas, comparando la formulación diagnóstica de los médicos que utilizaron un sistema multiaxial con los que no lo consideraron.

◆ METODO

Se revisaron 443 historias clínicas elegidas al azar de los pacientes psiquiátricos que asistieron al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") en un período de cuatro años (1987-1990). De la formulación diagnóstica, se buscó determinar la frecuencia de pacientes psiquiátricos con hallazgos físicos positivos. Se incluyeron pacientes de todos los diagnósticos psiquiátricos, mayores de 17 años. El INSM "HD-HN" sirve básicamente a una población de escasos recursos económicos, la cual corresponde al Cono Norte de Lima, que atiende a pacientes de todas las edades y de todo tipo de trastornos psiquiátricos. Durante el período de estudio se abrieron 3,572 historias clínicas nuevas. Los pacientes son evaluados a través del Formato de Evaluación Inicial (14), un instrumento semi-estructurado que deriva en una formulación diagnóstica multiaxial según el DSM-III. Esta sección también incluye en la misma hoja, espacios específicos para diagnósticos según la CIE-9 (15) y el DSM-

III (12) con todos sus ejes: Trastornos psiquiátricos generales (eje I), Trastornos de personalidad (eje II), trastornos físicos (eje III), Funcionamiento adaptativo (eje IV), y Severidad de estresores psicosociales (eje V). Además este instrumento contiene secciones específicas para variables físicas, como historia médica, y examen físico.

Se consideró la presencia de cualquier diagnóstico físico positivo formulado en el eje III en la formulación diagnóstica final. Además de las variables físicas mencionadas, se tomó en cuenta la historia médica pasada, si el médico solicitó o no exámenes auxiliares, y si realizó examen físico. También se tomaron en cuenta otras variables clínicas psiquiátricas del enfoque multiaxial (funcionamiento adaptativo, estresores psicosociales), clasificación utilizada y variables demográficas (edad, sexo, raza, ocupación, estado civil). Se incluyó además, como otra variable, si se había utilizado o no un enfoque multiaxial, para lo cual se juzgó positivo si al menos se habían utilizado tres (3) ejes en la formulación diagnóstica final.

◆ RESULTADOS

La edad de los pacientes fluctuó entre los 17 y los 88 años, con un promedio de 31 años; el 51.5% correspondían a pacientes femeninos; el 18.5% tenía educación primaria, el 56.0% educación secundaria y el 21.9% educación superior. Con respecto al estado civil 61.4% eran solteros, 24.6% casados, 8.1% convivientes; 83.5% eran mestizos y 12.9% correspondían a la raza blanca.

En relación a la ocupación el 26.0% no tenía ocupación alguna, 29.8% eran amas de casa, 16.7% eran estudiantes y 14.9% tenía alguna otra ocupación (especialmente independientes).

La distribución de los trastornos psiquiátricos diagnosticados fue la siguiente: Trastorno de ansiedad 7.7%, Trastorno bipolar 3.2%, Trastorno por uso de sustancias 8.6%, Depresión mayor 8.8%, Distimia 13.5%, Retardo Mental 2.9% y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 48.1%.

La presencia de un diagnóstico físico en el eje III de la formulación diagnóstica fue del 14%. La tabla 1 muestra la distribución de trastornos físicos identificados en la muestra por categorías amplias. El examen físico fue realizado en el 40.2% de los pacientes. Los médicos solicitaron algún tipo de examen auxiliar en el 43.8% de los pacientes. No hubo relación entre la realización de examen físico y edad, estado civil, raza o religión, historia médica, año de evaluación, ni diagnóstico psiquiátrico en el primer eje. Sin embargo, en lo que respecta a la educación aparece una tendencia significativa a efectuar menos exámenes físicos en pacientes con una mayor educación ($p=0.043$; $\chi^2=9.88$) y del sexo masculino ($p=0.021$; $\chi^2=5.31$). En relación a las clasificaciones utilizadas se encontró que los pacientes habían sido examinados físicamente en un 36%, 43%, 47% cuando el sistema diagnóstico utilizado había sido sólo el CIE-9, el DSM-III o ambas, respectivamente ($p=0.0688$; $\chi^2=5.35$). Un aspecto llamativo fue que los médicos que utilizaron un enfoque multiaxial en la formulación diagnóstica final, realizaron con mayor frecuencia exámenes físicos en sus pacientes (51% versus 25%) ($p<0.0001$; $\chi^2=29.36$). De igual manera, congruentemente, los pacientes a los cuales se les solicitó algún examen auxiliar fueron examinados físicamente con mayor frecuencia (57% versus 27%) ($p<0.0001$; $\chi^2=39.66$), reflejando por lo tanto una mayor preocupación sobre aspectos físicos.

Por otro lado, en relación a la presencia de un

diagnóstico positivo en el eje III, no se encontró relación estadísticamente significativa con el sexo, edad, estado civil, raza, religión, ocupación, y trastorno psiquiátrico (con la excepción del trastorno bipolar - $p=0.046$; $\chi^2=3.97$). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación utilizada y la presencia de un diagnóstico físico en la formulación diagnóstica. Los pacientes tuvieron un diagnóstico físico positivo en un 11%, 24%, 19% según se tratara del CIE-9, DSM-III o

ambas respectivamente ($p=0.0413$; $\chi^2=6.37$) (tabla 2). Una asociación altamente significativa se encontró entre la presencia de un diagnóstico positivo en el eje III y el uso de un afronte multiaxial. Aquellos pacientes en los que se había utilizado un afronte multiaxial, se encontró un 23.2% de diagnósticos físicos positivos, mientras que en los que no se utilizó un afronte multiaxial sólo se encontró un 2% de diagnósticos positivos en este eje ($p<0.00001$; $\chi^2=40.18$).

**TABLA
1**

DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS FÍSICOS SEGÚN CATEGORÍAS AMPLIAS DEL CIE-9 EN LA MUESTRA DE 443 PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSM-HD-HN ENTRE 1987 Y 1990

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	%
Enf. infecciosas	1,8
Enf. endócrinas	1,1
Enf. de la sangre	0,5
Enf. neurológicas	3,6
Enf. cardiovasculares	1,4
Enf. respiratorias	1,6
Enf. digestivas	0,9
Enf. genitourinarias	2,9
Complic. del embarazo	0,5
Enf. de la piel y tej. cel.subcut.	0,7
Enf. musculoesqueléticas	0,5
Anomalías congénitas	0,7
Traumatismos	0,5
Ningún diagnóstico	86,0

**TABLA
2**

FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN FÍSICO Y DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS FÍSICOS EN LA FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA, EN RELACIÓN A LA CLASIFICACIÓN UTILIZADA

	CIE - 9	DSM-III	Ambas	p	chi2
Ex. Físico presente	35.9%	42.9%	52.6%	0.068	5.35
Dx. físico positivo	10.8%	23.8%	18.7%	0.041	6.37

◆ DISCUSION

Los resultados expuestos confirman, para el sistema de salud mental, la importancia de considerar y evaluar la forma como se esta llevando a cabo la evaluación de los trastornos físicos en una institución psiquiátrica. El 14 % de trastornos físicos detectados esta muy por debajo del promedio de 40 a 50% aproximadamente reportado en estudios bien realizados. Por lo tanto, esto podría sugerir que existe una subidentificación de trastornos físicos. Podrían existir muchas explicaciones para ello, por ejemplo, el hecho que muchos pacientes psiquiátricos no comunican apropiadamente sus síntomas, porque los relacionan con la enfermedad psiquiátrica (6) y en otros, porque reemplazan o minimizan sus síntomas físicos al subsumirlos en su situación psicosocial y se quejan de cosas equivocadas (16). Sin embargo, también podría estar relacionado con el factor del clínico, es decir con la importancia que le de el psiquiatra a los problemas médicos generales, reflejado en la frecuencia con la que los médicos practican

un examen físico y con la frecuencia con la que se solicitan exámenes auxiliares. En el caso el examen físico se encontró que menos de la mitad de los pacientes son examinados físicamente, cifra que aunque baja no esta al nivel de lo encontrado por McIntyre & Romano (17) quienes detectaron que sólo el 8% de los psiquiatras realizaban un examen físico en pacientes ambulatorios seleccionados, y Patterson (11) quien informó que ninguno de los psiquiatras encuestados por él realizaban exámenes físicos de rutina a sus pacientes ambulatorios. Los motivos para no realizar un examen físico pueden ser muchos, desde examinar mujeres de cualquier edad por problemas ginecológicos, o el temor de que sus habilidades al respecto estén venidas a menos (18), hasta consideraciones relacionadas con las corrientes psicológicas que profesan (11). Más seria es la situación de otros profesionales, como los trabajadores sociales y los psicólogos, que son entrenados para el uso del sistema multiaxial del DSM-III (19) y sobre los que muchas veces recae la responsabilidad del llenado de las historias clínicas. En el caso del presente estudio es a los pacientes masculinos y con instrucción

mayor a los que no se tendería a examinar, no siendo la causa de ello muy clara. Según algunos estudios no bastaría el examen físico y exámenes de laboratorio simples para detectar el tipo de enfermedades con el que usualmente debe hacerse diagnóstico diferencial con los trastornos psiquiátricos.

Sabemos que los responsables de la Clasificación Americana de Trastornos Mentales introdujeron el eje III del DSM-III (12) en un enfoque multiaxial con la intención de mejorar la identificación de trastornos físicos. Resulta muy llamativo que los médicos que emplearon un enfoque multiaxial, no sólo tuvieran más diagnósticos en el eje III sino que inclusive habían practicado con mayor frecuencia exámenes físicos en sus pacientes. Cabe señalar que el enfoque multiaxial utilizado por los médicos no estuvo ligado exclusivamente al DSM-III, es decir algunos médicos utilizaron el sistema CIE-9 y un enfoque multiaxial. Por lo que el sistema multiaxial habría originado una mayor preocupación por los trastornos físicos que como se sabe resulta importante no sólo por su relación con los trastornos psiquiátricos en sí (4, 9, 20), sino también por su repercusión en el curso del trastorno psiquiátrico (21), y el curso del mismo trastorno físico (3). Esto estaría en concordancia con los hallazgos de Salloum y col (22) y Saavedra y col (23) quienes encontraron una mayor identificación de trastornos físicos por parte de los psiquiatras en el período del DSM-III en comparación con el período previo a la aplicación oficial de un enfoque multiaxial.

En conclusión, dos aspectos se sugieren del presente estudio, primero la importancia de

considerar los trastornos físicos y conocer la forma cómo el sistema de salud mental está manejando este problema y, segundo, resaltar la importancia de la nosología psiquiátrica actual de favorecer, a través del sistema multiaxial, una mejor identificación de los trastornos físicos y amparar una visión más completa del paciente (24). Debe remarcarse que existiría una subidentificación de trastornos físicos entre los pacientes psiquiátricos que podrían generalizarse al resto del sistema de salud mental, por lo que deben instaurarse medidas correctivas, ya sea aplicando listas de chequeo físico o haciendo que se asegure de alguna manera la realización del examen físico. En este sentido, Summers y col (10) han sugerido un protocolo de evaluación física en pacientes psiquiátricos de fácil y rápida aplicación.

Por otro lado, cabe resaltar que las guías para el uso del eje III del DSM-III -similares a las indicadas en el DSM-IV (25) -resultan insuficientes para desarrollar la potencialidad de uso, como lo han sugerido algunos autores (26) y como se observa en los resultados del presente trabajo, pues a pesar de haberse utilizado un enfoque multiaxial, la mitad de los pacientes no fue examinado físicamente. El proceso diagnóstico es una actividad compleja pues implica llevar a un modelo, la realidad clínica misma, y cualquier esfuerzo que nos acerque más a esta realidad, resultará en mejorar nuestra actividad como médicos e idealmente terminará en configurar al paciente en su forma más integral. El sistema multiaxial representa uno de estos intentos, y como cualquier otra aproximación diagnóstica, requiere del esfuerzo científico para perfeccionarlo.

◆ REFERENCIAS

- 1) LIMA BR, PAI S: Concurrent medical and psychiatric disorders among schizophrenic and neurotic outpatients. *Unpublished manuscript*, 1986.
- 2) SNAITH, R.P., JACOBSON, S.: The observation ward and the psychiatric emergency. *British Journal of Psychiatry*, **111**: 18-26, 1965.
- 3) ROCA, R., BREAKEY, W., FISHER, P.: Medical Care of Chronic Psychiatric Outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**:741-744, 1987.
- 4) KORANYI, E.: Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry*, **36**:414-419, 1979.
- 5) KORAN L, SOX H, MARTON K, MOLTZEN S, SOX C, KRAEMER HC, IMAI K, KESLEY TG, ROSE TG, LEVIN LC, CHANDRA S: Medical evaluation of psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, **46**:733-740, 1989.
- 6) BURKE, A.W.: Physical Disorder among day hospital patients. *British Journal of Psychiatry*, **133**:22-27, 1978.
- 7) FARMER, SH.: Medical Problems of Chronic Patients in a Community Support Program. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**:745-749, 1987.
- 8) ANANTH J, MILLER M, VANDEWATER S, BRODSKY A, GAMAL R, WOHL M: Physical Illness in hospitalized psychiatric patients. *Annals of Clinical Psychiatry* **4**:99-104, 1992.
- 9) HALL RCW, POPKIN MK, DEVAUL RA, FAILLACE LA, STICKNEY SK: Physical Illness presenting as psychiatric disease. *Archives of General Psychiatry*, **35**:1315-1320, 1978.
- 10) SUMMERS WK, MUNOZ RA, READ MR: The psychiatric physical examination - Part I: Methodology. *Journal of Clinical Psychiatry* **42**: 95-98, 1981.
- 11) PATTERSON, C.H.: Psychiatrists and physical examination: A survey. *American Journal of Psychiatry*, **135**: 967-968, 1978.
- 12) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. American Psychiatric Press. Washington D.C., 1980.
- 13) MEZZICH JE: International Perspectives on Psychiatric Diagnosis. In: Kaplan HI and Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth Edition, Baltimore, Williams and Wilkins, 1995.
- 14) WARTHON DE, SOGI C, MEZZICH JE, LOPEZ-MERINO I, CASTRO J: Experience with the semistructured Initial Evaluation Form in Peru and the United States. In Mezzich JE & von Chranach M (ed) *International classification in psychiatry: Unity and diversity*. Cambridge University Press, Cambridge, 1988.
- 15) WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed): *The International Classification of Diseases 9th ed*. Geneva, WHO.

- 16) KORANYI, E.: Somatic illness in psychiatric patients. *Psychosomatics*, **21**:887-891, 1980.
- 17) MCINTYRE, J.S. & ROMANO, J.: Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Archives of General Psychiatry*, **34**: 1147-1151, 1977.
- 18) MUECKE, L.N., KRUEGER, D.W.: Physical findings in a psychiatric outpatient clinic. *American Journal of Psychiatry*, **138**:1241-1242, 1981.
- 19) D'ERCOLE, A., SKODOL, A.E., STRUENING, E., CURTIS, J., MILLMAN, J.: Diagnosis in psychiatric patients using Axis III and a standardized medical history. *Hospital & Community Psychiatry*, **42**: 395-400, 1991.
- 20) HALL RCW, GARDNER ER, STICKNEY SK, LECANN AF, POPKIN MK: Physical Illness Manifesting as Psychiatric Disease. II Analysis of a State Inpatient Population. *Archives of General Psychiatry*, **37**:989-995, 1980.
- 21) SAAVEDRA JE, MEZZICH JE, SALLOUM IM, KIRISCIL: Predictive validity of axis III physical disorders. Manuscrito no publicado, 1997.
- 22) SALLOUM IM, MEZZICH JE, SAAVEDRA JE, KIRISCIL: Usefulness of DSM-III axis III in psychiatric inpatients: An actuarial comparison with the DSM-II period. *American Journal of Psychiatry* 151:768-769, 1994.
- 23) SAAVEDRA JE, MEZZICH JE, SALLOUM IM, KIRISCIL: Impact of DSM-III on the Diagnosis of Physical Disorders in Ambulatory Psychiatric Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183:711-714, 1995.
- 24) MEZZICH, J.E.: Patterns and issues in multi-axial psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*, **9**: 125-137, 1979.
- 25) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Press. Washington D.C., 1994.
- 26) MARICLE, R., LEUNG, P., BLOOM, J.D.: The use of DSM-III Axis III in recording physical illness in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, **144**:1484-1486, 1987.